FY 2003-2004 CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA COMPARTIR INFORMACION AL PROGRAMA ARIZONA STATE EARLY CHILDHOOD BLOCK GRANT

Mi hijo(a), _____ participa en un programa preescolar financiado por el estado de Arizona la Early Childhood Block Grant.

Entiendo que el Departamento de Educación de Arizona y Consejo Legislativo de Arizona estudiarán el programa en el cual mi hijo participa. Para esto, las agencias necesitan obtener información personal y familiar de mi hijo(a), Esta información incluye lo siguiente:

- ⭐ Número personal de distrito escolar, o el número estudiantil
- ⭐ Fecha de nacimiento de mi hijo(a), sexo, raza, e idioma principal
- ⭐ Información de ingresos, empleo y el nivel educativo de los adultos en la familia
- ⭐ Información de la cantidad de miembros familiares
- ⭐ Toda información escolar de mi hijo incluyendo; calificación de exámenes, referencias, asistencia, servicios recibidos y evaluaciones de los maestros.

Esta información podrá ser compartida con la escuela. Bajo todas circunstancias la información se mantendrá en confidencia. La información será utilizada en forma estadística. Ningún niño será indentifcado individualmente. Cualquier información no utilizada será destruida.

Por medio de la presente autorizó a compartir la información descrita anteriormente y suministro la información a continuación.

Firma del Padre/Tutor Fecha

El nombre del estudiante _____ **Nombre Del Distrito Escolar** _____ **Nombre de la Escuela** _____ **Total de días que el niño asistió a la escuela en el año de 2003-2004?**	**La fecha del nino del naciminento (año/ día / mes)** _____/_____/_____ **Número de identificación** _____ **Sexo:** ___ **femenino** **masculino**
Raza Hispano Blanco Africano Indio Americano Americano y Asiático Filipino Isleño Pacífico Otro_____	
Idioma que habla el niño en el hogar: English Spanish Other_____	**Los ingresos anuales de la Familia: (requerido)** **$_____.00**
Educación de la madre: _____secundaria completa _____secundaria incompleta _____ Universitaria _____AA _____BA/BS _____Maestría Otro:_____	
Educación del padre : : _____secundaria completa _____secundaria incompleta _____ Universitaria _____AA _____BA/BS _____Maestría Otro:_____	
La madre vive con el niño: Si No Trabaja Si No	**El Padre:** Vive con el niño: Si No Trabaja Si No
Servicios recibidos Educación especial lenguaje Oído dental visión médicos inmunizaciones Servicios Sociales Visitas al Hogar Educación de Padres Consejería Comportamiento otros:	